

Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille

Vincent Girard,
*Coordonateur d'une
 équipe de santé
 communautaire
 Assistance Publique-
 Hôpitaux de Marseille /
 Médecins du Monde*

« Autant que possible, tous les servants (de l'asile), sont choisis parmi la catégorie des malades mentaux. Ils sont, plus que les autres, compétents dans ce travail exigeant, car ils sont plus souvent, gentils, honnêtes, et humains » (Pinel¹).

Dans la diversité des sociétés étudiées par les chercheurs en sciences sociales, certaines personnes ont un itinéraire thérapeutique particulier qui les amène à être initiées, par l'expérience même de la maladie et de la cure, au pouvoir de guérir.

Les textes décrivant les fonctionnements des asiles français aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, révèlent que le personnel qui y travaille est souvent recruté parmi les malades guéris. Le patient devenu professionnel, le plus connu des aliénés français fut sans aucun doute Jean-Baptiste Pussin, qui, selon certains auteurs, fut, plus que Pinel et avant lui, celui qui libéra les malades de leur chaînes².

Un des actes symboliques du changement fondamental de paradigme dans le traitement de la folie au XIX^{ème} siècle fut le fruit de la rencontre entre un ancien malade « guéri », Pussin, devenu professionnel au sein d'un asile, et un médecin, Pinel.

Pinel fut l'un des premiers médecins travaillant dans les asiles à parler de rétablissement et de guérison à propos de la maladie mentale³.

La psychiatrie contemporaine anglo-saxonne, sous l'impulsion initiale d'un mouvement d'usagers de la psychiatrie, et devant un corpus scientifique s'accumulant depuis plus de quarante ans, se saisit à nouveau, un siècle plus tard, de cette idée du rétablissement, en proposant d'utiliser le savoir des personnes rétablies. Les acteurs des politiques de santé utilisent aujourd'hui le terme de « soins orientés autour du rétablissement ».

Un outil singulier des soins orientés autour du rétablissement est d'engager des personnes réta-

blies comme professionnels au sein des équipes soignantes psychiatriques.

Petite histoire du concept de rétablissement

Largement développé depuis 15 ans dans les pays anglo-saxons, le concept de rétablissement reste méconnu en France. Les psychiatres français emploient plus volontiers les termes de stabilisation et de rémission et restent souvent attachés à l'idée de chronicité.

Le « rétablissement » est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il est né dans le champ de la santé mentale en Amérique du Nord dans les années 70-80. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers le mouvement d'associations d'usagers, dans le sillage du mouvement pour les droits civiques. Dans un second temps, ce concept a été repris par différents chercheurs qui ont mis en évidence la réalité épidémiologique, clinique, sociale et politique de ce phénomène. Des enquêtes conséquentes et répétées depuis plus de quarante ans, montrent que 40 à 60 % des personnes atteintes de schizophrénie se rétablissent plus ou moins rapidement, et peuvent mener une vie satisfaisante. Devant cette nouvelle évidence scientifique et la pression des associations d'usagers, les professionnels soignants anglo-saxons réforment, avec plus ou moins de profondeur, leur système de soin en santé mentale, en se référant à ce nouveau concept depuis plus de dix ans.

Des critères de rétablissement ont été proposés, comme l'intégration dans la communauté, la capacité à se gérer soi-même, à développer des activités sociales, à se redéfinir et à reconstruire un sens de soi. Aujourd'hui, le « rétablissement » propose une façon nouvelle de penser le soin. Il existe des soins orientés autour du rétablissement et des politiques nationales de santé construites à partir de ce paradigme. Les personnes malades y prétendent jouer un rôle de pre-

mier plan dans la co-construction et la mise en place de ces nouvelles politiques de santé, de ces nouvelles pratiques de soins, ainsi que dans les recherches conduites dans ces domaines. Ce terme s'oppose en outre à l'idée d'incurabilité des personnes malades et à une image de personnes faibles et sans capacités, ce qui est une violence supplémentaire qui leur est faite. Le rétablissement parle du parcours et du combat des personnes face à la maladie et à l'exclusion. Une politique du rétablissement reconnaît l'intérêt des expériences des personnes et utilise leurs compétences.

Petite histoire du programme de médiateurs en santé mentale à Marseille

Un exemple paradigmatique de l'utilisation de ces compétences est la professionnalisation, dans les équipes de psychiatrie, de personnes ayant vécu l'expérience, à la fois de la maladie et du rétablissement, comme médiateur/intermédiaire.

Le programme médiateur de santé mentale s'inscrit dans un contexte historique local particulier. Dans les années 90, à Marseille, l'irruption de l'épidémie de SIDA modifie la lecture sanitaire de la toxicomanie. Une politique de santé, venant des pays anglo-saxons, « the Harm reduction model »⁴, va proposer, au sein d'une palette de stratégies, que des usagers interviennent comme intermédiaires entre le système de soin dit « de droit commun » et les personnes malades, dans une démarche d'« aller vers ».

Le recrutement se faisait alors sur des critères de connaissance du milieu des usagers de drogues et de compétences en termes de création de lien, mais pas sur les compétences liées à une trajectoire de rétablissement de l'addiction.

Le programme de médiateur de santé mentale, co-construit par Médecins du Monde et l'APHM⁵, intègre progressivement, depuis 2005, des personnes inscrites dans des processus de rétablissement, comme professionnels dans une équipe

¹ Weiner D.B. 1979. The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document « observations of Citizen Pussin on the Insane ». American journal of Psychiatry, 36(9), 1128-1134.

² Caire Michel. 1993. Pussin avant Pinel, L'information psychiatrique, 69, 8, 1993, 529-538.

³ Davidson L, Rakfeldt Jaak, Strauss J. 2010. The roots of recovery movement in psychiatry. Lessons learned. Edt willey-blackwell.

⁴ Feroni I, Apostolidis T., 2002. Drogues et toxicomanies : politiques de prévention et usages des drogues à Marseille : Faire Savoirs, 2002, (1), 19-26.

⁵ Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Témoignages autour de l'Accueil Familial Thérapeutique pour Adultes

AFTA,
Pôle Est,
CH Le Vinatier, Bron

L'accueil Familial Thérapeutique pour Adultes (AFTA) est une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie. Il utilise les savoirs profanes des familles qui se forment à cet effet. Il s'organise sous la responsabilité de l'hôpital et doit permettre la poursuite du traitement. Une équipe pluridisciplinaire fait également le lien entre la famille d'accueil et la personne accueillie, entre le patient et son thérapeute. Une personne nommément désignée de la famille est agréée et rémunérée par l'hôpital.

Témoignage de Madame Chougui Oizdane, Famille d'Accueil.

Famille d'accueil est un métier à plein temps. Il faut pour faire ce métier aimer les gens, être à l'écoute, être attentif au comportement et aux humeurs changeante des autres.

Il faut que toute la famille soit d'accord, donc nous en avons beaucoup parlé, l'idée a fait son chemin. Lorsque j'ai eu la place pour pouvoir accueillir une personne, et bien je me suis lancée, et ma petite famille avec moi.

Il n'est pas facile d'accueillir une personne que l'on ne connaît pas, aussi bien pour elle que pour nous, car nous avons tous nos petites habitudes. Au début, on regarde, on écoute comme si on s'appropriait les uns les autres. Et puis on met en place des règles bien définies que chacun se doit de respecter.

Il nous faut beaucoup répéter pour que les choses s'imprègnent ; cela implique beaucoup de patience. Parler et montrer des endroits pour les gestes du quotidien comme par exemple montrer la boulangerie pendant plusieurs jours (ou mois) jusqu'à ce que la personne qui n'était pas capable d'y aller seule au début y parvienne et y aille. Ce n'est peut être rien pour certains mais, croyez moi, lorsqu'elle atteint ce petit but, elle se sent fière et comblée ; nous le voyons bien à l'expression de son visage et cela pour plein de petites choses qui font la vie.

Il faut parfois trouver des astuces pour que la personne s'intéresse à quelque chose alors qu'on

sait que rien ne l'intéresse. Il se peut parfois qu'une personne évolue ou que, pour une raison qui nous échappe, elle régresse ; il faut alors essayer de comprendre et de repartir à zéro. Ce n'est pas un échec pour autant, et c'est pourquoi je disais qu'il fallait être très patient, car rien n'est jamais acquis. Il faut savoir qu'il n'y a pas que les accueillis qui évoluent ; pour ce qui est de notre famille, mes enfants ont beaucoup appris. Il y a donc un enrichissement des deux côtés et une grande satisfaction. C'est pour cette raison que je trouve ce métier formidable et que je suis fière de faire partie des familles d'accueil thérapeutique.

Témoignage de Sylvie Muscedere

Pour moi, infirmière travaillant dans une équipe pluridisciplinaire de l'AFTA, les Familles d'Accueil deviennent auprès des patients accueillis des savants du quotidien, du partage du quotidien. Elles offrent aux accueillis une scène de vie familiale stable autour des valeurs de la famille : être ensemble et séparé, le partage et ses limites.

Les professionnels ont des compétences et des savoirs qui ne sont pas les mêmes que ceux des familles. A partir de rencontres dans le service et surtout lors de Visites à domicile (VAD), je rentre moi aussi dans leur intime et le partage. Mon rôle infirmier est de « piloter » l'accueil au plus près, et dans les familles, d'accompagner la relation où elle se déroule, de les aider à décoder ce qui se passe dans leur jeu relationnel avec l'accueilli et comprendre leur type de relation. Le travail avec l'équipe pluriprofessionnelle est le gage d'une prise de distance suffisante, qui régule ce qui autrement pourrait tourner en fusion ou en ambivalence non maîtrisées.

Vivre avec un sujet psychotique n'est pas facile ; je crois que la grande majorité des soignants en psychiatrie ne pourraient pas le faire, je me demande même parfois comment les familles d'accueil y arrivent. ■

Merci aux familles d'accueil qui ont collaboré à ce témoignage.



Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille (suite)

de « psychiatrie précarité ». Ce programme pilote marseillais s'est inspiré du programme de travailleurs pairs développé depuis 1995 à New Haven (Etats-Unis). Il a construit, depuis 2003, des liens de partenariat en termes de recherche et d'échange de pratiques avec l'équipe anglo-saxonne de Larry Davidson, Yale Program for Recovery and Community Health. Aujourd'hui 3 médiateurs sont

salariés d'une équipe mobile psychiatrie précarité de 14 professionnels. Ils développent des compétences dans le travail de rue, mais aussi à l'hôpital et dans les visites à domicile. Ils tentent de convaincre les institutions de s'adapter aux besoins des personnes, aident les « patients » à mieux négocier leur droits et mieux comprendre les règles du jeu et les stratégies de rétablissement. En appartenant aux

deux mondes, celui des malades ou ex-malades et le monde des soignants, ils sont les témoins privilégiés des différences de points de vue et des ponts qu'il reste à construire entre ces deux mondes. Ils sont aussi la preuve que le rétablissement est une réalité et que c'est une expérience qui peut apporter un savoir supplémentaire essentiel qui doit être diffusé par les pairs. ■